Nr 2. **Rok LIX.**

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28
Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2.
Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 413 476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie czytelnie, ile możności na maszynie po jednej stronie pisanym, można podać żądaną liczbę **odbitek,** których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor; najlepiej jednak zamawiać odbitki wprost w drukarni Uniwersyteckiej (Kraków, ul. Czapskich 4) i przesłać jej na nie z góry zaliczkę.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTW LEKARSKICH POLSKICH ZAGRANICZNYCH, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH MAŁOPOLSKICH

ORAZ

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH B. KONGRESÓWKI.

WYCHODZI W POŁOWIE KAŻDEGO MIESIĄCA.

Przedpłatę przyjmują w **Krakowie** Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w **Warszawie** księgarnie Gebethnera i Wolfa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń za wiersz ośmiołowy lub jego miejsce K 3·— = 2·10 Marek, w nadesłanem K 4·— = 2·80 Mk., w tekscie K 5·— = 3·50 Mk.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— = Marek 42.

Jeden numer osobno kosztuje 5 K = Marek 3·50.

DOM ZDROWIA

Dra B. Woyciechowskiego
Konc. przez Namiestnictwo
Zakład leczniczy prywatny
w Krakowie
ul. Siemiradzkiego 1. – Tel 67

W r. 1906 rozszerzony i zasadniczo przekształcony, uległ w r. 1911 dalszemu znacznemu powiększeniu i udoskonaleniu.

Przyjmuje przypadki **chirurgiczne, położnicze, ginekologiczne** i inne, z wykluczeniem chorób zakaźnych i ciężkich nerwic. 203

Leczenie sztucznem słońcem górskiem.

Prospekty na życzenie.

Zjednoczone firmy

DROBNER–KRAKÓW

(Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością). 121

Dział medyczny: Plac Szczepański l. 3. **Telefon 415.** Adres telegr.: **Drobneruniwers.**



poleca

Instrumenta chirurgiczne.

Meble operacyjne.

Kompletne urządzenia lekarskie.



Kosztorysy na żądanie. Kosztorysy na żądanie.

LECZNICA ZWIĄZKOWA

Kraków, ul. Garncarska 11. Telefon Nr 523

Pokoje dla chorych, porodów, sale operacyjne. Osobne pokoje do elektryzacyi, cystoskopii, gorącego powietrza, gorących długotrwałych irrygacyi, układania na równi pochyłej, kąpieli trwałych, prześwietlania Röntgena, gimnastyki leczniczej, miesienia. Aparaty ortopedyczne, laboratoryum chemiczne i bakteryologiczne.
Emanatoryum radowe. 124

Kilka uwag w sprawie leczenia słonecznego gruźlicy płuc [1])

podał **Karol Rozenfeld** (Częstochowa).

Słynne badania Rolliera (1) nietylko dokonały przewrotu w leczeniu gruźlicy chirurgicznej, ale nadto stały się punktem zwrotnym w pojęciach naszych o działaniu promieni słonecznych na ustrój człowieka. Wysunęły one helioterapię na czoło innych metod leczenia fizycznego i zachęciły szersze koła lekarzy do nowych prób i doświadczeń. Świeżym wyrazem tego ruchu są próby stosowania kąpieli słonecznych w leczeniu gruźlicy płucnej. Pod tym względem w zapatrywaniach lekarzy zaszła dość wybitna zmiana. Jeszcze nie tak dawno sądziliśmy, że promienie słoneczne drażnią schorzałą tkankę płucną i wywołując przekrwienie, pogarszają sprawę. Dzisiaj zaczynamy wpadać w inną ostateczność. Zapominamy często o dawnych obawach i biorąc za wzór leczenie gruźlicy chirurgicznej, przepisujemy chorym w różnych okresach cierpienia kąpiele słoneczne, czasami nawet bez bliższych zastrzeżeń i ograniczeń. Prócz tego wiara w zbawienny wpływ słońca rozpowszechnia się coraz więcej wśród szerszego ogółu, skutkiem czego wielu chorych wraz z nastaniem pory letniej bierze kąpiele słoneczne bez wiedzy i rady lekarza. Oczywista, że w takich warunkach helioterapia, stosowana przygodnie, bez należytych ostrożności i ścisłego uwzględnienia wskazań, nietylko nie osiągnie zamierzonego celu, ale często choremu zaszkodzi. Bo jeżeli u zdrowego człowieka słońce wywołuje nieraz cały szereg dość ciężkich zaburzeń, to tem bardziej jest to możliwe przy wzmożonej ogólnie wrażliwości, jaka cechuje ustrój suchotnika. W jednym spostrzeganym przezemnie przypadku chory z gruźlicą trzeciego stopnia, względnie podgojoną, zaczął brać kąpiele słoneczne z własnej inicyatywy. Po czwartej kąpieli, z których każda trwała przeszło 2 godziny, dostał silnego krwioplucia i gorączki, która ustąpiła dopiero po trzech tygodniach. Kilku innych chorych po każdem naświetlaniu doznawało zmęczenia, które nie opuszczało ich wcale w ciągu kilkutygodniowego leczenia. Wynikiem było pogorszenie stanu ogólnego i sprawy miejscowej.

Widzimy więc, że sprawa jest aktualną i na tyle ważną, że warto jej kilka słów poświęcić. Zaraz na wstępie nasuwa się pytanie, czy próby słonecznego leczenia gruźlicy płucnej mają ściśle naukową kliniczną podstawę? Odpowiedzi musimy szukać w pracach autorów francuskich, którzy najwięcej tą sprawą się zajmowali. Malgat (2) z Nicei, jeden z pierwszych, którzy zaczęli stosować leczenie słoneczne w gruźlicy płuc u dzieci i dorosłych, przypisuje niejednakowy wpływ fizyologiczny i leczniczy różnym składowym częściom widma słonecznego i w harmonijnem ich współdziałaniu upatruje uniwersalny środek zapobiegania i zwalczania wszystkich cierpień gruźliczych. »La cure solaire, si simple et si facile à suivre, donne chez les enfants de un mois à dix ans, atteints de tuberculose pulmonaire des résultats que j'ose qualifier de merveilleux« powtarza autor w kilku miejscach swej pracy. Wyniki 150 spostrzeżeń streszcza Malgat w następujący sposób: w okresie poprzedzającym rozwój gruźlicy płuc (prétuberculose) i w gruźlicy pierwszego stopnia leczenie słoneczne daje 100% uzdrowień, w gruźlicy drugiego stopnia 65%, w trzecim okresie daje jeszcze 25% wyników dodatnich. Nie chcę kwestyonować słuszności spostrzeżeń Malgata, ale charakter całej pracy, dowolność w przypisywaniu promieniom słonecznym tego lub innego działania, zupełny brak charakterystyki chorych, wreszcie nieuwzględnianie innych współtowarzyszących czynników leczenia, — wszystko to budzi w czytelniku poważną wątpliwość. Inni autorzy, że wymienię Rolliera, Burnarda, Silliga, Henslera, Morina, których poglądy zebrane są w rozprawie Aimesa (3), stwierdzają ogólnie krzepiący wpływ światła słonecznego na chorych gruźliczych i zwiększoną zdolność obronną ustroju. Armand-Delille (4) w swojej monografii podaje, że widział dziewczynkę z gruźlicą rozpadową płuc, u której naświetlanie całego ciała, po bardzo silnem opaleniu się skóry, powstrzymało dalszy rozwój choroby i wywołało wybitną poprawę ogólną. Większość jednak autorów stoi na tem stanowisku, że do leczenia słonecznego nadają się tylko niektóre postaci gruźlicy płuc, w innych zaś może być ono niebezpieczne i nawet zgubne. Podług Henslera leczenie to jest przedewszystkiem wskazane po zapaleniu opłucnej, dalej w postaciach włóknistych, przewlekłych nieżytach oskrzeli, wreszcie przy jamach płuc, jeżeli mają trwały, niezmienny charakter. Przeciwwskazanie stanowią: gorączka, wychudnienie, nadpobudliwość nerwowa, skłonność do krwioplucia i okres miesiączki u kobiet (Armand-Delille). Zresztą co do krwioplucia zdania, są podzielone. Rollier podobno spostrzegał przypadki, w których krwotoki ustępowały zupełnie pod wpływem leczenia słonecznego.

Ale oprócz gorących zwolenników helioterapii, którzy chcieliby zakres jej w praktyce codziennej jak najwięcej rozszerzyć, nie brak głosów ostrzegawczych, a nawet przeciwnych. W r. 1914 d'Oelsnitz (5) z Nicei wystąpił z artykułem, w którym, nie zapoznając bynajmniej dobroczynnego wpływu słońca w różnych cierpieniach gruźliczych, pragnie nową metodę leczniczą oprzeć na racyonalnej i krytycznej podstawie. Podług tego autora stosowanie helioterapii w gruźlicy płuc wymaga szczególnej ostrożności ze strony lekarza, ponieważ leczenie niewłaściwe lub zbyt energiczne może mieć bardzo szkodliwe następstwa. Wskutek silnego odczynu zapalnego ognisko chorobne może się powiększyć i cała sprawa znacznie się pogorszyć. Niektóre ciężkie objawy, spostrzegane w czasie leczenia, d'Oelsnitz przypisuje zbyt silnemu działaniu promieni słonecznych. Należą tutaj krwotoki przy niektórych postaciach gruźlicy narządów wewnętrznych oraz objawy szybko przemijającej niedrożności jelit przy gruźlicy otrzewnej. W wyjątkowych razach u dzieci z małemi skrytemi dotychczas ogniskami może nastąpić zapalenie opon mózgowych i uogólnienie gruźlicy. Wreszcie nadmienia autor, że niektóre dzieci, doskonale znoszące powietrze i kąpiele morskie, chudną szybko nawet przy ostrożnem stosowaniu leczenia słonecznego.

Chcąc wykazać, jak dalece niezgodną jest pod tym względem opinia autorów, pozwolę sobie przytoczyć jeszcze świeży głos Dufourta (6). Autor u większości dzieci spostrzegał występowanie odczynu, który zmuszał go do zaprzestania leczenia. Charakter odczynu zależał zawsze od rodzaju cierpienia podstawowego. U jednych dzieci zjawiały się świsty lub rzężenia wilgotne, u drugich — tarcie opłucnej, u innych wreszcie trzeszczenia i ból w klatce piersiowej. Zdaniem Dufourta, leczenie słoneczne, podobnie jak jod i tuberkulina, ujawnia ogniska skryte i nieuchwytne nawet dla promieni Röntgena. U wielu dzieci ciepłota w dni naświetlań słonecznych podnosiła się o 0·5°—0·8° ponad zwykły poziom. Na podstawie własnego doświadczenia Dufourt dochodzi do wniosku, że do leczenia słonecznego nadają się tylko przypadki niepowikłanej gruźlicy gruczołów śródpiersia. U osób, dotkniętych cierpieniem gruczołowo-płucnem, leczenie to jest najczęściej szkodliwe (la plupart sont indiscutablement aggravés).

Krótki przegląd piśmiennictwa, w którym zestawiłem biegunowo sprzeczne poglądy Malgata i Dufourta, dowodzi najlepiej, że sprawa leczenia słonecznego gruźlicy płucnej nie jest dotychczas rozstrzygnięta. Powtarza się odwieczna historya w dziejach rozwoju naszej sztuki lekarskiej: świetne wyniki leczenia w rękach twórców i inicyatorów pewnej metody leczniczej, wyniki ujemne i niepomyślne w rękach następców. I nic dziwnego. Dopóki ocena skuteczności tego lub innego środka opierać się będzie na luźnych wrażeniach, a nie na materyale opracowanym naukowo, krytycznie, dopóty sądy nasze nie będą miały dostatecznej pewności, nie będą wolne od wpływu okoliczności przypadkowych ubocznych. Mamy przed sobą zjawisko niezmiernie złożone, w którem współdziałają i krzyżują się najrozmaitsze czynniki. Obserwacya dorywcza, bezplanowa, nie ujęta w ramy ścisłego badania, nie pozwoli orzec w poszczególnym przypadku, co właściwie przypisać mamy działaniu promieni słonecznych, a co położyć na karb innych czynników współdziałających, n. p. świeżego powietrza, leżenia, forsownego odżywiania się, spokoju i t. p. Że czynniki te w leczeniu słonecznem grają ważną rolę, za dowód mogą służyć spostrzeżenia Spitzmüllera i Peterka (7). Lekarze ci stwierdzili, że największą korzyść z leczenia słonecznego w gruźlicy chirurgicznej i zołzach odnosiły dzieci ze sfer najuboższych, wyrwane z suteren i nędzy. Skutek, bardzo pomyślny w początkach leczenia, stawał się coraz mniej wyraźnym w okresie późniejszym, w miarę przyzwyczajenia się ustroju do nowych warunków.

Zadanie nasze byłoby wielce ułatwione, gdybyśmy znali dokładnie działanie promieni słonecznych na ustrój człowieka w warunkach prawidłowych i patologicznych. Niestety przy obecnym stanie nauki nie wybiegamy poza zakres mniej lub więcej prawdopodobnych przypuszczeń i zarówno w tłumaczeniu wielu zjawisk, jak i w udzielaniu chorym wskazówek musimy poprzestawać na faktach, empirycznie zdobytych. Nie wiemy dokładnie, jaki jest wpływ fizyologiczny różnych składowych części widma słonecznego, jak głęboko przenikają w tkanki po-

[1]) Rzecz wygłoszona na posiedzeniu częstochowskiego Towarzystwa lekarskiego w d. 20. września 1919 r.

szczególne promienie i jakie w nich wywołują zmiany. Między autorami niema nawet zgody w tak ważnej sprawie, jak powstawanie i znaczenie zmian barwikowych skóry pod wpływem promieni chemicznych, zwłaszcza pozafiołkowych, którym zapewne helioterapia najwięcej zawdzięcza swoje działanie lecznicze. Rollier, a z nim większość lekarzy francuzkich sądzi, że łatwe opalanie się skóry jest wskaźnikiem odporności ustroju i bardzo ważnym czynnikiem poprawy. Przeciwnie Lenkei (8) w silnem zabarwieniu skóry upatruje niepożądane zakłócenie leczenia i w miarę możności usiłuje mu zapobiedz. Vulpius (9) w sanatoryum Rappenau spostrzegał znakomity wpływ helioterapii w gruźlicy chirurgicznej u ludzi, którzy nie opalali się wcale. Doświadczenie i powaga Rolliera są jednak tak wielkie, że ze zdaniem jego musimy się liczyć.

Jeszcze mniej dokładne są wiadomości nasze o znaczeniu różnych czynników atmosferycznych, które tak czy owak mogą modyfikować działanie promieni słonecznych i wpływać na wynik leczenia. Pomijam sprawę tak zasadniczą, jak geograficzne położenie dane miejscowości, jej wysokość nad poziomem morza, ale nawet takie czynniki niestałe, ulegające ciągłym wahaniom, jak ciepłota, stan wilgoci, elektryczności, ciśnienie barometryczne, — mogą grać tutaj niepoślednią rolę.

Widzimy zatem, że obecny stan fizyologii nie daje żadnych zgoła wskazówek, któreby mogły dopomódz w rozwiązaniu zajmującego nas tu zagadnienia. Nie przeszkadzałoby to w zasadzie iść śladem chirurgów, korzystać z ich doświadczenia i stosować empirycznie nową metodę leczniczą. Niestety doświadczenie dotychczasowe, niedość ścisłe i sprzeczne, nakazuje dużą powściągliwość. Zapewne każdy z nas spostrzegał przypadki, w których słońce zdawało się wywierać wpływ pomyślny na przebieg gruźlicy płucnej. Ale szersze uogólnienia lub wnioski przez analogię, upatrujące w promieniach słonecznych jakiś środek swoisty, nie miałyby ściśle naukowej podstawy. Zdaje mi się nawet, że gdyby w piśmiennictwie zapanowała na całej linii zgoda, gdyby udało się porozumieć co do wskazań lekarskich i ujednostajnić techniczną stronę samego leczenia, to i wówczas jeszcze sprawa nie byłaby wyczerpana. D'Oelsnitz powiada, że przy leczeniu słonecznem dają się często spostrzegać przypadki, w których wszelkie przewidywania zawodzą. Czasami sprawa poważna wbrew oczekiwaniu goi się dobrze, natomiast jakieś małe ognisko opiera się wszelkim próbom leczenia i pozostaje bez zmiany. To też podług d'Oelsnitza cierpienie gruźlicze samo przez się, jego charakter rozwojowy i własności anatomiczne nie zawsze mogą służyć za podstawę dla wskazań lekarskich. Tak samo nie daje bezwzględnej miary — gorączka. Oczywiście, wszystkie postacie gruźlicy ostrej z przebiegiem gorączkowym nie nadają się stanowczo do leczenia słońcem. Byłoby jednak zbytkiem ostrożności uważać za przeciwwskazanie niewielkie wzniesienie ciepłoty w niektórych postaciach gruźlicy przewlekłej. Niedawno miałem sposobność spostrzegać następujący przypadek. W październiku 1918 r. zgłosiła się do mnie 17-letnia panna ze wsi z niewielkim naciekiem szczytu prawego płuca, słabemi rzężeniami po kaszlu i maleńkim gruczołem zropiałym na twarzy. Ogólny stan był względnie dobry, ciepłota wahała się wieczorami od 37·4° do 37·6°. Mimo dobrych warunków, spokoju, leżenia na powietrzu po kilka godzin dziennie, stan podgorączkowy trwał z małemi przerwami do lipca r. b.; zaleciłem wówczas leczenie słoneczne podług wzoru Rolliera. Po 3-tygodniowem leczeniu, kiedy naświetlanie klatki piersiowej doszło do 40 minut, ciepłota spadła poniżej 37° i chora zaczęła poprawiać się szybko.

Daleki jestem od wysnuwania stąd szerszych uogólnień, tem więcej, że w innym analogicznym przypadku gorączka zamiast opadać, jeszcze się zwiększyła i wystąpiło pogorszenie objawów miejscowych. Stwierdzam tylko, jak trudno tutaj ustalić naprzód wskazania lekarskie i przewidzieć skuteczność leczenia. Bardzo dużo zależy od indywidualności chorego. Są ludzie, którzy znoszą doskonale działanie promieni słonecznych, kiedy u innych już kilka naświetlań wywołuje silny odczyn w postaci różnych zaburzeń czynnościowych. Nawet taki optymista, jak Malgat, przyznaje, że niektóre dzieci nie mogą przystosować się do działania słońca i już po 20 minutach skarżą się na osłabienie, zmęczenie. To też szablonowe i bezkrytyczne naśladowanie w praktyce wzorów, czerpanych z doświadczenia chirurgów, wobec odmiennego biologicznego charakteru gruźlicy chirurgicznej i płucnej, może mieć bardzo przykre następstwa. Rozpoczynanie leczenia od naświetlań odrazu całego ciała w ciągu ½—1 godziny i doprowadzanie ich po opaleniu się skóry do 4—5 godzin dziennie, jak to czynił z powodzeniem w gruźlicy chirurgicznej kol. Wrześniowski (10), choremu z cierpieniem płucnem łatwo może zaszkodzić. Jeżeli więc decydujemy się na zastosowanie w poszczególnym przypadku leczenia słonecznego, opierając się w wyborze chorych na skreślonych ogólnie wytycznych, powinniśmy zapoznać się przedewszystkiem z indywidualnością chorego, określić, że tak powiem, tolerancyę jego na działanie promieni słonecznych. Jak przy leczeniu tuberkuliną, konieczną jest tutaj ostrożność i baczność ze strony lekarza. Zaczynając od naświetlań krótkich, kilkuminutowych, kierując się stale objawami miejscowego i ogólnego odczynu, możemy stopniowo zwiększyć powierzchnię ciała, wystawioną na działanie słońca, i czas trwania naświetlań. Jeżeli ognisko miejscowe oddziaływa zbyt silnie, leczenie powinno być natychmiast przerwane. Cenne i ciekawe wskazówki daje systematyczne badanie ciepłoty, tętna i oddechu przed i po naświetlaniu. Malgat podaje, że naświetlanie 20-minutowe u ludzi zdrowych i gruźliczych, dobrze znoszących wpływ słońca, zwiększa nieznacznie częstość oddechu, tętna i obniża ciśnienie krwi. Ciepłota, mierzona w ustach, na razie pozostaje bez zmiany, dopiero po 3 godzinach podnosi się o 0·1°—0·7°. Każde zboczenie krzywej od typu, ustalonego przed rozpoczęciem leczenia oraz w okresie pomyślnego działania słońca, łatwo zwróci uwagę lekarza i stanowić będzie ważną dla niego przestrogę.

Stały przyrost wagi oraz silne opalenie się skóry wielu autorów zalicza do najważniejszych, klasycznych oznak skuteczności leczenia. D'Oelsnitz posługuje się w tym celu próbą tuberkulinową. Peryodyczne szczepienia przekonały go, że odczyn, początkowo bardzo słaby u ciężko chorych, wzmacniał się szybko u ludzi, którzy dobrze znosili wpływ słońca i poprawiali się pod wpływem leczenia. Krytyczna ocena wszystkich tych objawów pozwoli w każdym przypadku nietylko zmienić i poprawić z góry powzięte wskazanie, ale co więcej, pokieruje racyonalnie planem samego leczenia. Zamiast z góry ułożonego schematu lub wzoru, drogowskazem będzie indywidualność chorego.

Piśmiennictwo. 1) Rollier. Congr. de la Tuberc. 1905. Verhandl. d. IV. intern. Kongr. f. Physiother. 1913. — 2) Malgat w dziele: Les cures d'eaux, d'air et de Régimes chez les enfants. Paris 1910. — 3) Aimes. L'héliotherapie, thèse Montpellier. Paris 1913. — 4) Armand-Delille. L'héliothérapie. Monographie clinique. Paris 1914. — 5) d'Oelsnitz. Rev. gén. de la Méd. franç. (w języku rosyjskim) Nr 5. Paris 1914. — 6) Dufourt. Presse méd. Nr 47. 25. VIII. 1915. — 7) Spitzmüller u. Peterka. Wien. klin. Woch. Nr 20. 16. V. 1912. — 8) i 9). Vulpius. Verhandl. des IV internat. Kongr. für Physiother. 1913. — 10) Wrześniowski. Gaz. lek. Nr 16. 1917.

W sprawie dyetetyki skazy moczanowej

podał **Dr Zenon Pelczar**.

(Wykład na III Zjeździe balneologów polskich w Krakowie d. 5. V. 1914)

Leczenie i zapobieganie chorobom przemiany materyi musi polegać na unikaniu w odżywianiu ustroju wszelkich tych materyałów, których dowóz sprawia ustrojowi wprost szkodę, lub których ustrój należycie przerabiać nie potrafi. Stąd też jeśli w jakim, to przedewszystkiem w zakresie tych cierpień występują na pierwszy plan zasady racyonalnej dyetetyki, która po dziś dzień na ogół zbyt mało była uwzględniana i zasadniczo nieustalona nierzadko była przyczyną zamieszania pojęć, a nawet sprzeczności wśród poszczególnych szkół czy lekarzy.

Do chorób przemiany materyi należy w pierwszej linii t. zw. dna w postaci ostrej czy przewlekłej jako dna stawów (arthritis urica) w odróżnieniu do t. z. zniekształtniającego przewlekłego zapalenia stawów (arthritis deformans), oraz od t. zw. skazy nerkowej, czyto moczanowej, czy szczawianowej, czy fosforanowej.

Zapatrywania na powstawanie i istotę skazy moczanowej uległy w ostatnich latach radykalnej zmianie, stąd też i pewne zamieszanie pojęć, a nieraz i sprzeczności w postępowaniu tak dyetetycznem, jak i leczniczem. Dzisiaj powszechnie już wiadomo, że w skazie moczanowej chodzi głównie o zaburzenia w przemianie t. zw. ciał purynowych. Ciałami purynowemi zwiemy wszystkie te ciała, które z puryny się wywodzą, a zatem kwas moczowy, podobnie jak zasady, ksantyna, hypoksantyna, guanina, adenina, kofeina i teobromina. Kwas moczowy, który stale znajdujemy we krwi i moczu nawet człowieka zdrowego, jest u człowieka dotkniętego tą skazą stale wzmożony. Kwas moczowy znajdujący się we krwi jest dwojakiego pochodzenia. Z jednej strony powstaje ze składników białkowych ustroju (endogen), z drugiej strony źródłem jego jest pożywienie białkowe (exogen).

U człowieka dotkniętego dną, kwas moczowy endogeniczny znajduje się we krwi w granicach prawidłowych, a jego nadmiar przypisać należy tylko pokarmom zawierającym purynę. Nawet jednak przy pożywieniu zawierającem mało puryny, znajdujemy zwiększoną ilość kwasu moczowego we krwi skutkiem zmniejszenia fermentów rozkładających kwas moczowy i zmian jego wydzielania. Zdrowy n. p. człowiek przy obfitem pożywieniu purynowem wydziela w krótkim czasie nadmiernie wytworzony kwas moczowy, natomiast u człowieka dotkniętego skazą moczanową wielka ilość kwasu moczowego pozostaje we krwi. Stan taki nazywamy urykemią. W moczu znajdujemy wówczas równocześnie zmniejszoną ilość kwasu moczowego, co się najczęściej zdarza przed napadem i w czasie napadu ostrej dny.

We krwi w warunkach prawidłowych znajduje się około 18 mlgr. kwasu moczowego w postaci moczanu sodowego na 100 części krwi. Jeśli we krwi nagromadzi się większa ilość kwasu moczowego, następuje osadzanie się go w tkankach. Gdy w stanach chorobowych po napadzie ostrej dny wytworzą się złogi, to w tem miejscu następuje zwyczajny odczyn zapalny, nagromadzają się wielojądrzaste leukocyty i kryształki znikają z czasem częściowo przez fagocytozę, częściowo rozpuszczają się we krwi. Doświadczenia Pfeifera z podawaniem wówczas — t. j. w chwili tworzenia się złogów — kwasu solnego lub alkaliów, pozwalają dojść do przekonania, że kwas solny, wówczas podawany, może przerwać napad, gdy przeciwnie alkalia wywołują większe podrażnienie.

Z powyższych zapatrywań i doświadczeń wypływają wskazówki co do postępowania dyetetycznego w skazie moczanowej.

Ponieważ ciała purynowe są właśnie tym czynnikiem, który wywołuje nadmiar kwasu moczowego względnie jego soli we krwi, musimy u ludzi mających skłonność do dny usunąć z dyety pokarmy, zawierające ciała purynowe.

Ze ścisłych rozbiorów Bessau i Schmida, Walker Halla-Hessego i innych wynika, że bardzo wiele pokarmów, których dawniej chorym dnawym zakazywano, jest niewinnych, natomiast inne zawierają duży odsetek ciał purynowych i dlatego są przeciwwskazane u tego rodzaju chorych. Z badań tych wynika, że n. p. robienie różnicy między mięsem białem a czarnem jest niesłuszne, dalej, że mięso ryb rzecznych czy morskich zawiera więcej puryny, niż mięso zwierząt domowych.

Trudno tu przytaczać rozbiór wszystkich pokarmów; ograniczę się tylko do najzwyklejszych, a w naszym klimacie używanych. I tak zawiera: wołowina 0·175—0·189 puryny, baranina 0·189—0·191, cielęcina 0·178—0·180, wieprzowina 0·181—0·185, kura 0·186, gołąb 0·182, sarnina 0·154, ryby 0·201—0·222, kawior 0·110, szynka 0·138, wyciąg mięsny 2·0—5·0, grasica 1·308, wątroba 0·372, nerki 0·320, mózg 0·233.

Z jarzyn nie zawierają puryny: ryż, bułka, tapioka, ogórki, sałata, cebula, kapusta; zawierają zaś: groszek 0·079, groch 0·076, soczewica 0·075, szparagi 0·025, ziemniaki 0·019, marchew 0·007, fasolka szparagowa ślady. Mleko zawiera 0·010, jaja ślady, grzyby 0·06. Owoce wszystkie nie zawierają puryny, sery mało lub wcale.

Kawa, herbata i kakao zawierają bardzo duże ilości ciał purynowych, jednak w formie t. zw. metyl-puryny, która tylko w minimalnej ilości przechodzi w kwas moczowy i wskutek tego niema większego znaczenia.

Znając sposób powstawania w ustroju kwasu moczowego oraz skład pokarmów, możemy postawić pewne zasady, według których chory dnowy powinien być żywiony. Ma się rozumieć, że wskazówki te nie mogą być bezwzględne i ścisłe, a powinny uwzględniać siły chorego, ewentualne powikłania i t. p.

Według Brugscha wzór takiej dyety jest następujący:

Pierwsze śniadanie: kawa bez kofeiny z 50 gr. śmietanki lub 100 gr. mleka, 150 gr. białego chleba, 25—50 gr. masła, 25—50 gr. miodu lub marmolady.

Drugie śniadanie: 2 jaja lub 50—100 gr. sera (zwykłego lub zagranicznego bez różnicy), bułka i 50—70 gr. masła.

Obiad: 300 gr. zupy jarzynowej lub owocowej lub kleiku. 150 gr. ziemniaków, 150 gr. zielonej jarzyny lub sałaty, 200 gr. legominy.

Podwieczorek, jak śniadanie.

Wieczerza: omlet lub legumina, 100 gr. chleba, 50 gr. masła, 50 gr. sera, 100 gr. owoców.

Potrawy tu zestawione dają około 3000 kaloryi, a nie wytwarzają kwasu moczowego i są przykładem dyety bezpurynowej względnie zawierającej mało puryn. Dyeta powyższa powinna bezwzględnie być stosowana w czasie ostrego napadu dny i w czasie ponapadowym. W późniejszych okresach można podawać około 200—300 gr. mięsa bez różnicy, czy jest czarne, czy białe, z uwagą tylko, by mięso podawać tylko raz dziennie, i to w południe. Chorzy na dnę nie powinni pod żadnym warunkiem wieczorem jadać mięsa z tego względu, że w nocy, w czasie spoczynku, kwas moczowy najmniej wydziela się z moczem, a obficiej nagromadza się we krwi, natomiast jego wydzielanie w godzinach rannych jest najsilniejsze.

Tkanki gruczołowe, ryby, skorupiaki, ostrygi, powinny być bezwzględnie zakazane. Mięso gotowane, ponieważ przez gotowanie prawie 50% ciał purynowych traci, zdrowsze będzie dla chorego na dnę, niż mięso pieczone.

Alkohole nie tyle same przez się wywierają szkodliwy wpływ u dnawych, ile przez to, że wywołują zaburzenia w przemianie ciał purynowych. Z napojów wyskokowych najszkodliwszy jest szampan i ciężkie piwa; w miernych ilościach zgodzić się można na lekkie wina, wina owocowe oraz mierne ilości lekkiego piwa, lepiej jednak i tych napojów choremu zabronić.

Ostre korzenie, tak dzisiaj w sprawach dnawych proskrybowane, właściwie nie zawierają ciał purynowych, szkodliwe są natomiast przez swoje działanie drażniące przewód pokarmowy i nerki, oraz przez pobudzanie nadmiernego apetytu.

Pamiętając, że chorym dnawym szkodzą nie pokarmy białkowate lecz purynowe, musimy też w dyecie ograniczać i pewne pokarmy roślinne, zawierające ciała purynowe; w niedużych przeto tylko ilościach powinno się podawać rośliny strączkowe, jak fasola szparagowa, soczewica, groch oraz szpinak. W każdym jednak razie obok tłuszczów, mleka, pieczywa białego, ryżu, dozwolone są wszystkie jarzyny i owoce. Przestrzedz wszakże trzeba przed nadmiarem owoców, przed niedawno modnemi kuracyami cytrynowemi, pomarańczami, winogronowemi lub ściśle owocowemi już z tego samego względu, że te kuracye łatwo wywołują zaburzenia jelitowe, oraz że alkalizując krew, zmniejszają rozpuszczalność moczanów we krwi i przyczynić się mogą do powstania zapalnych ognisk ze złogami moczanów. Z tego samego powodu, wbrew dotychczas jeszcze często utrzymującemu się zapatrywaniu, przeciwwskazane jest nadmierne używanie wód alkalicznych, które o ile z jednej strony wraz z leczeniem kąpielowem mają wielkie dla ustroju znaczenie jako czynnik przepłukujący tkanki, to z drugiej strony nadmiar zawartych w nich alkaliów może działać także szkodliwie z powyżej przytoczonych powodów.

Wskazane są natomiast, i to obficie, słabe szczawy, jak Naftusia, Burkut, Wildungen, Georgs Victorquelle i Helenenquelle, Natalia francensbadzka, Cachat, Vittel, Contrexeville i inne słabe szczawy oraz sztuczne wody lecznicze i dyetetyczne prof. Jaworskiego (Nr II, VI, X, XI, XIX, XX, XXI).

Z lekarstw zdyskredytowane zostały sole litowe, alkalia oraz sztuczne złożone leki t. zw. diaminy (piperazyna, lysidyna i t. p.). Najlepsze wyniki daje leczenie Falkensteina zapomocą kwasu solnego, salicyl, kolchicyna. W ostatnich latach atofan, dając dobre wyniki, znalazł dość rozległe zastosowanie.

Całkiem odrębną jednostkę chorobową stanowi t. z. zniekształtniające zapalenie stawów (arthritis deformans), które wprawdzie może się wikłać z dną, różni się jednak od niej brakiem ostrych napadów, oraz tem, że nie nagabuje pojedyńczych stawów, lecz zajmuje je zazwyczaj symetrycznie. Chorobie towarzyszy zazwyczaj silna niedokrwistość i znaczny upadek odżywienia. Leczenie w tych przypadkach, o ile badanie krwi nie wykaże hyperurykemii, musi być zgoła odmienne. Dyeta białkowa ze znacznym dodatkiem tłuszczów bardzo jest wskazana celem podniesienia odżywienia; z lekarstw jod i arsen, dalej leczenie mechaniczne, kąpielowe i t. p.

Odmiana dny, zdarzająca się przy zatruciu ołowiem, występuje stosunkowo bardzo rzadko, podobnie jak i dna, towarzysząca białaczce, dlatego też dłużej nad niemi zastanawiać się nie będę. Leczenie dyetetyczne jak przy zwykłej dnie, obok leczenia sprawy podstawowej.

Pozostaje mi omówić postacie chorób przemiany materyi, dające powód do większych czy mniejszych złogów w drogach moczowych, t. z. piasku czy kamieni moczowych (nephrolithiasis).

Według chemicznego składu rozróżnić musimy, jak wiadomo, złogi moczanowo-szczawianowe oraz fosforanowe; rzadziej znajdujemy w złogach cystynę i ksantynę.

Kamicę moczanową w ogólnem tego słowa znaczeniu odróżnić należy od dny, w której nastaje zatrzymanie we krwi kwasu moczowego, pochodzącego z pokarmów, gdy w kamicy wydzielanie w stosunku do dowozu ciał purynowych jest zupełnie prawidłowe. Rzecz inna, że kamica często pojawia się u ludzi dną dotkniętych i że obie postacie chorobowe u tego samego chorego spotkać się mogą.

Przyczyny zdają się być tesame, które i dnę wywołują,

to jest zbytkowne pożywienie, dziedziczność, siedzący tryb życia, nadużywanie alkoholu, zwłaszcza win kwaśnych. Do powstania kamyczków przyczyniają się zazwyczaj skrzepy, czy pasorzyty lub też nitki śluzu przy nieżytach dróg moczowych.

W leczeniu wskazana jest dyeta podobna, jak w samej dnie, a zatem zawierająca mało puryn, by wogóle zmniejszyć ilość kwasu moczowego, wreszcie środki rozpuszczające sole i złogi. Tu należą wody silnie moczopędne, jak Naftusia, Burkut, Kinga, zdrój Stefana szczawnicki, zdrój Karola i Rudolfa wysowskie, z obcych Salwator, Salzschlirf, Bonifacy, Vichy i t. p.; z lekarstw magnes. borocitrica, urotropina, borowertyna, lysidyna, lycetol, chinotropina i inne.

Skaza szczawianowa charakteryzuje się wydzielaniem nadmiernych ilości kwasu szczawiowego, głównie w postaci szczawianów wapna.

Pochodzenie kwasu szczawiowego podobnie jak i kwasu moczowego ma dwa źródła. Pewne jego ilości powstają w ustroju samym z rozpadu ciał klejowatych (glykokol), z kreatyniny mięśni i prawdopodobnie z kwasu glykokolowego żółci. Poza tem kwas szczawiowy doprowadzany bywa z pokarmami. Szczawian wapniowy wydala się w postaci ośmiościennych kryształków, dając pod mikroskopem znany obraz koperty. Ilość kryształków nie zawsze pozwala wnosić o ilości kwasu szczawiowego, gdyż zawsze znaczna jego ilość pozostaje w rozpuszczeniu przez obecność kwaśnych fosforanów. Nadmiar wydzielonych szczawianów towarzyszyć zwykł pewnym chorobom, jak żółtaczce, cukrzycy, dnie, rozedmie płuc, nasieniotokowi i neurastenii.

Leczenie ma za zadanie 1) zmniejszenie ilości wydzielanego kwasu szczawiowego, 2) zwiększenie rozpuszczalności szczawianu wapniowego w moczu. Ilość wydzielanego kwasu szczawiowego możemy zmniejszyć przez ograniczenie pokarmów, zawierających kwas szczawiowy. Poniżej podaję według Essbacha pokarmy, szczególnie obfitujące w kwas szczawiowy w miligramach na 100 suchej substancyi. Herbata 3·7, kakao 4·50, kawa 0·10, ziemniaki 0·4, szczaw 3·6, szpinak 3·2, marchew 0·03, burak 0·40, pieprz 3·20, rzewień 2·40. Mięso, owoce wszelkie, ryż, groch, soczewica, cebula, pomidory, szparagi, kapusta i inne jarzyny nie zawierają kwasu szczawiowego lub w bardzo małych ilościach.

Kierując się powyższem dochodzimy do przekonania, że przy skazie szczawianowej pożywienie powinno się składać głównie z mięsa i tłuszczu z wyjątkiem trzew, które także zawierają nieco kwasu szczawiowego. Z roślinnych pokarmów stanowczo wyłączyć trzeba szpinak, szczaw, rzewień, karczochy, bób, buraki, kakao. Herbatę i kawę wolno podawać w znacznem rozcieńczeniu, jaja zaś i mleko, oraz kapustę wolno tylko w ilościach ograniczonych z powodu znacznej zawartości wapna. — Bezwzględnie zaś zakazać należy potraw kleistych, jak mięso kleiste, nóżki, kremy robione z żelatyny i t. p. Płyny wskazane są w obfitej ilości, i to pod postacią słabych szczaw alkalicznych, Naftusia, Apolinaris, Giesshübler, Fachingen, Vichy i t. p. Napoje wyskokowe bezpośredniego przeciwwskazania nie dają.

Przez fosfaturyę rozumiemy wpadający w oczy nadmiar fosforanów wydzielanych w moczu. Znaczenie kliniczne ma fosfaturya o tyle, że w przypadkach, gdzie ona stale się utrzymuje następuje tworzenie się nieraz nawet znacznych złogów fosforanowych, uszkadzających drogi moczowe.

Fosfaturya może powstawać z kilku przyczyn. Powstaje ona n. p. przy przewlekłych nieżytach pęcherza, gdzie tworzy się w pęcherzu fosforan magnowo-amonowy. Inna postać fosfaturyi towarzyszy kwaśnym nieżytom żołądka, gdzie z powodu nadmiernego wydzielania soku żołądkowego pozostaje w ustroju większa ilość silnych alkaliów, która łatwo się łączy z kwasem fosforowym i jako fosforany alkaliczno-ziemne bywa wydzielana. Tem się też tłumaczy przejściowa fosfaturya po obfitszych posiłkach. Wreszcie fosfaturya może pochodzić z pokarmów, zawierających dużo alkaliów ziemnych, przedewszystkiem wapna. Najczęściej występuje fosfaturya jako objaw towarzyszący innym cierpieniom, jak neurastenia, gruźlica płuc i kości, nieżyt kwaśny żołądka, nieżyty jelita grubego i t. p.

Leczenie musi z jednej strony uwzględniać przyczyny, z drugiej strony ma za cel zakwaszanie moczu.

W dyecie powinniśmy polecać dużo mięsa, tłuszczów, ser, potrawy mączne, cukier, zabronić natomiast należy ziemniaków, jarzyn zielonych, jarzyn pochodzących z korzenia roślin, oraz innych pokarmów zawierających dużo wapna, do których przedewszystkiem należą mleko i jaja.

Dla przedstawienia, ile pewne pokarmy zawierają wapna, przytaczam dane Bungego, obliczone na 100 grm. suchej substancyi. I tak zawiera mleko 1500 mlgrm. wapna, poziomki 480, figi 400, żółtko 380, białko jaja 130, groch 137, ziemniaki 100, chleb Grahama 77, chleb biały 46, mięso wołowe 29, miód 6·7. Z lekarstw wskazane są kwasy, jak kwas solny, kwas będźwinowy, salicyl.

Oceny i sprawozdania.

Prof. Dr Leon Wachholz: **Medycyna sądowa** na podstawie ustaw obowiązujących na ziemiach polskich. Wydanie II. Kraków 1920 (Gebethner i Wolff).

Nadzwyczajne powodzenie podręcznika prof. Wachholza, wydanego w r. 1918, dowiodło najlepiej, jak ta książka była potrzebna i jak dobrze odpowiedziała celowi. Wydanie drugie, podjęte w rok po pierwszem, nie jest zwykłym przedrukiem, lecz wydaniem starannie poprawionem i stosownie do postępu nauki uzupełnionem, a w części rozszerzonem, zwłaszcza w części dotyczącej dochodzenia stanu umysłowego. Prócz tego powiększone i ponownie opracowane zostały rozdziały o istocie śmierci, jej rozpoznaniu, o dochodzeniu niemocy płciowej, o stężeniu pośmiertnem, o ranach od pocisków wybuchowych, o sądowolekarskiej ocenie bolu, o śmierci wskutek zasypania i o szkodliwem działaniu promieni Roentgena. O zaletach podręcznika należałoby powtórzyć to, co już powiedziano w sprawozdaniach z pierwszego wydania. Nowemu wydaniu można rokować równą wziętość i poczytność, jak pierwszemu. Ciechanowski.

A. Mikulski i E. Herman: **Tętnienie mózgu człowieka na podstawie badań eksperymentalnych** (z 39 figurami i tablicami). Warszawa. (Wende i Sp.).

Autorzy wprowadzają w trudną dziedzinę badań doświadczalnych nad tętnieniem mózgu u człowieka oraz w sposób nader krytyczny przedstawiają materyał zdobyty przez siebie. Dochodzą oni do wniosku, że cefalogram tętnienia mózgu zmienia się w zależności od oddechu, pod wpływem którego powstają na nim fale II rzędu, a nadto pod wpływem szeregu innych bodźców fizyologicznych, psychofizyologicznych i psychicznych, które wywołują na krzywej fale III rzędu. Fale te uważają oni za wyraz przypływu krwi do mózgu i nie dostrzegają w nich odrębności zależnie od różnorodności stosowanych bodźców doświadczalnych. Fale te uważają autorzy za wyraz uwagi.

Doc. Dr S. Borowiecki.

Stefan Karp' Rottermund, członek sejmowej komisyi skarbowo-budżetowej, przewodniczący sejmowej komisyi zdrowia publ.: **Budżet Ministerstwa zdrowia publicznego** (według zgłoszonego Sejmowi sprawozdania). Warszawa 1920.

W sprawozdaniu swojem przedstawia poseł Dr Rottermund surową krytykę tak formalnej strony budżetu, jako też niektórych stron dotychczasowej działalności Ministerstwa i merytorycznych szczegółów przedstawionego preliminarza budżetowego. Jako wynik swych wywodów wnosi sprawozdawca, aby Sejm wezwał rząd do ustawowego rozgraniczenia kompetencyi Ministerstwa zdrowia od Ministerstwa opieki społecznej, do przedstawienia należycie uzasadnionego etatu Ministerstwa oraz kwalifikacyi jego urzędników, do reorganizacyi Ministerstwa przez zmniejszenie nadmiernej liczby jego wydziałów i usunięcie nadmiernej centralizacyi wszystkich spraw zdrowotnych w samem tylko Ministerstwie, do szerszego subwencyonowania samorządów, do usunięcia z budżetu pozycyi »inne wydatki«, wreszcie do przedstawienia planu gospodarki w zdrojowiskach, zwłaszcza państwowych. C.

J. Polak: **Kalendarz lekarski na r. 1920.** Warszawa 1920.

Wydanie Kalendarza lekarskiego czyni zadość ogólnie odczuwanej potrzebie. Wyjątkowymi warunkami, w jakich się znajdujemy, łatwo wytłomaczyć, że kalendarz nie jest bez usterek i braków. W schematyzmie lekarskim niema ogólnego spisu lekarzy małopolskich, szpitale i instytucye społeczne przytoczono tylko warszawskie. Poza schematyzmem zawiera kalendarz tylko tablicę brzemienności, dawki najwyższe i przeciętne, dawki podskórne, do wziewań, pędzlowań i t. p., ilość kropli w gramie różnych płynów, tablicę rozpuszczalności, uwagi o kąpielach sztucznych, pierwszej pomocy i otruciach. r.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia

Levit: **O wolnem przeszczepianiu sieci.** (Čas. lék. č. 1919, 48, 49, 50). Sprawozdanie z własnych badań doświadczalnych i spostrzeżeń klinicznych autora, z których wynika, co następuje: 1) Przeszczepianie wolnych płatów sieci w dowolnych rozmiarach udaje się zupełnie dobrze, przyczem płaty te szybko i mocno sklejają się ze swą podstawą. 2) Przeszczepiona sieć nieco się kurczy i w razie przeszczepienia na pętlę jelitową może doprowadzić do miernego zwężenia jelita, które jednak nie osiąga takich stopni, by mogło upośledzić sprawność czynnościową jelita. 3) Po przeszczepieniach sieci na pętlę jelita cienkiego powstają zawsze zrosty między siecią przeszczepioną a sąsiedniemi pętlami, wskutek czego przeszczepianie sieci, jako metoda do zapobieżenia powstawaniu zrostów, nie odpowiada celowi; nie powstają natomiast zrosty przy przeszczepianiu sieci na żołądek i na jelito grube, prawdopodobnie z powodu silniejszych ruchów robaczkowych tych narządów. 4) Przeszczepianie sieci na miejsca, zagrożone martwicą i na przedziurawienia jelit jest metodą nie wystarczającą; głównem polem zastosowania jej jest ochrona i upewnienie szwów jelitowych, wzbudzających z jakichkolwiek powodów obawy o nieszczelność. 5) Przeszczepianie wolnych płatów sieci oddaje dobre usługi przy tamowaniu krwotoków miąższowych z wątroby i śledziony, czyniąc zbyteczną tamponadę, pozwalając zatem na zaszycie jamy brzusznej na głucho i chroniąc chorego od następowych przepuklin brzusznych. 6) Wolne płaty sieci są doskonałym materyałem dla uruchomiania zesztywniałych stawów. Dr Michejda.

K. Neuwirt: **W sprawie dopuszczalności rozległych resekcyi jelita.** (Časopis lék. cesk. 1919, 52). Prawo, które podał w r. 1900 Kukula, że »ustrój ludzki może żyć bez połowy, a w sprzyjających okolicznościach bez jeszcze większej części jelita cienkiego — bez niebezpieczeństwa charłactwa«, nie może mieć zastosowania w przypadkach, gdzie pozostawiona część jelita cienkiego uległa zmianom choćby takim tylko, jak przerost i rozszerzenie odcinka, położonego ponad zwężeniem. Rozstrzygającą bowiem jest nietylko ilość wzgl. długość, ale i stan (prawidłowy lub chorobowo zmieniony) pozostałego jelita cienkiego. Na podstawie opisanego przypadku, operowanego przez Kukulę, dochodzi N. do wniosku, że przy znacznem rozszerzeniu odcinka doprowadzającego i przy długiem trwaniu sprawy chorobowej (zgubny wpływ toksyn) lepiej jest resekcyi poniechać, a wykonać tylko wyłączenie schorzałej części jelita, przez co zachowuje się tę część jelita, która wskutek swego położenia poniżej miejsca zwężenia nie podlegała wpływom toksyn. Dr Michejda.

A. Eiselsberg: **W sprawie wykluczenia żołądka za pomocą jejunostomii.** (Arch. f. kl. Chir. Tom 112, 1919). Omówiwszy wskazania do tego zabiegu, podaje E. historyę choroby dwóch chorych, u których zabieg ten miał znaczenie nie paliatywne, ale lecznicze: jeden dotyczył przypadku wrzodu trawiennego jelita czczego po gastroenterostomii, drugi przypadku »linitis plastica (Brinton)«. Dr Michejda.

Nieden: **W sprawie chirurgicznego leczenia wrzodu żołądka i dwunastnicy, w szczególności spostrzeżenia nad trwałem wyleczeniem po wykluczeniu odźwiernika drogą odsznurowania.** (Arch. f. klin. Chir. Tom 112, 1919). Na podstawie materyału, obejmującego 29 przypadków wrzodów żołądka i dwunastnicy, operowanych wspomnianą metodą w klinice prof. Lexera w Jenie (przy użyciu autoplastycznego materyału dla przewężania odźwiernika), a z których 15 było badanych w okresie od 6—62 miesięcy po operacyi, N. dochodzi do następujących wniosków: Metoda ta daje przeważnie dobre wyniki. Jest ona wskazana przy niepowikłanych wrzodach, mających skłonność do gojenia się i w tych przypadkach, które z powodu złego stanu ogólnego większego zabiegu nie znoszą. W przypadkach, odznaczających się wzmożonym ruchem robaczkowym żołądka, skłania się N. raczej do zamknięcia odźwiernika sposobem Eiselsberga. Przy wrzodach krwawiących i powikłanych wskazana jest resekcya, o ile jest wykonalna. Osiągnięte omawianą metodą zamknięcie odźwiernika jest w $^1/_3$ cz. przypadków dostateczne, w przeważającej zaś liczbie pozostaje osiągnięte zwężenie na stałe. Po założeniu przetoki żołądkowojelitowej z zamknięciem odźwiernika zauważał N. obniżenie kwaśności treści żołądkowej, przyczem jednak nie dało się stwierdzić prostego stosunku pomiędzy klinicznym wynikiem, a obniżeniem kwaśności. Dr Michejda.

Kloiber: **Rozpoznawanie niedrożności jelitowych zapomocą promieni Röntgena bez podawania środków kontrastowych.** (Archiv f. kl. Chir. Tom 112, 1919). Kloiber poleca tę metodę w celach rozpoznawczych, jako dającą pewne oznaki niedrożności w postaci wykazania powierzchni płynowej z bańkami gazu. Jej zaletą jest 1) zbędność podawania środków kontrastowych, 2) oszczędność na czasie, gdyż nie trzeba czekać, aż papka przejdzie cały przewód pokarmowy, szczegół, który przy niedrożnościach jelit ma niemałe znaczenie ze względu na rokowanie. Mała ilość powierzchni płynu (Flüssigkeitsspiegel) w górnej części jamy brzusznej wskazuje na wysoko w obrębie jelita cienkiego usadowioną przyczynę niedrożności, gdy tymczasem liczne powierzchnie, stwierdzone w miednicy małej lub jej okolicy przemawiają za tem, że przyczyna niedrożności leży nisko. Wedle tego można się kierować przy wyborze cięcia. Autor sądzi, że metoda ta oddaje usługi przedewszystkiem w okresach wczesnych. Dr Michejda.

W. Müller: **Spostrzeżenia nad ograniczonemi, ostremi schorzeniami zapalnemi ściany jelita.** (Arch. f. kl. Chir. T. 112, 1919). Krytyczny rozbiór czterech przypadków ostrych ogniskowych schorzeń ściany jelita bez tła swoistego i poza wyrostkiem robaczkowym (1) przedziurawienie jelita wstępującego w odległości 5 cm od zastawki Bauhina; 2) ostre zmiany zapalne w jelicie cienkiem w odległości 5 cm od zastawki przy równoczesnem ostrem zapaleniu wyrostka robaczkowego; 3) ostre zapalenie jelita ślepego i końcowego odcinka jelita cienkiego na przestrzeni około 10 cm bez zmian zapalnych w wyrostku robaczkowym; 4) ostra ograniczona ropowica ściany jelita ślepego) i dwóch przypadków ostrego ograniczonego zapalenia esicy, raz w postaci guza, drugi raz z przebiciem ściany i wytworzeniem ropnia wśród pętli jelitowych. Etyologia tych schorzeń niejasna. Dr Michejda.

Fr. Horálek: **Operacyjnie wyleczony przypadek rany**

kłutej śledziony ze zranieniem przepony. (Cas. lek. c. 1919, 47). Na podstawie przypadku, operowanego i wyleczonego przez Zahradnickiego, stwierdza autor, że 1) rozpoznanie w tych przypadkach może być tylko prawdopodobne, 2) najlepszą metodą leczniczą jest zeszycie śledziony (w danym przypadku śledziona miała trzy rany) z wolną plastyką sieci; wycięcie śledziony wolno wykonać tylko z konieczności tam, gdzie założenie szwów jest niemożliwe; tamponadę uważa autor za metodę »złą«. 3) Należy zawsze przy ranach kłutych śledziony baczyć, czy nie ma innych zranień (najczęstsze zranienia przepony i opłucnej). 4) Rokowanie przy szwie jest dobre. Dr Michejda.

Stocker: **O reimplantacyi gruczołów płciowych u ludzi.** (Korresp. f. schw. Aerzte 1916, 7). Obustronne wytrzebienie może, jak wiadomo, wywołać poważne następstwa (objawy ubytku), zwłaszcza u kobiet. Dlatego, jeśli się przy zabiegu okaże, że sprawa, dla której podjęto obustronne wytrzebienie, nie jest złośliwą, należy pozostawić w ustroju zdrowe części gruczołów płciowych, albo, jeśli je już całe wycięto, wszczepić zdrową część z powrotem. Według doświadczenia St. taka reimplantacya jest zupełnie nieszkodliwa; może się o tyle nie udać, że wszczepione tkanki ulegną wessaniu, jednakże, według dotychczasowych spostrzeżeń St., przyjąć można, że zazwyczaj czynność reimplantowanego jądra lub jajnika utrzymuje się. r.

Schönbeck: **Niebezpieczeństwa nakłucia lędźwiowego.** (Archiv f. klin. Chir. 1916, 107). Pominąwszy trudności techniczne, (które można zmniejszyć, wbijając igłę o $^1/_2$—1 cm z boku linii środkowej, zupełnie poziomo), oraz przypadki t. zw. »punctio sicca« wskutek galaretowatej konsystencyi wysięku, zatkania kanału kręgowego przez strzępy włóknikoworopne i t. p., zdarzyć się mogą przy nakłuciu lędźwiowem: złamanie się igły (dlatego najlepiej używać podatnej igły irydoplatynowej), skaleczenie większych naczyń w kanale kręgowym, uszkodzenie korzonków lub samego rdzenia z następczymi niedowładami. Częste, a nader niemiłe, jest wystąpienie objawów meningizmu w postaci bolu głowy, nudności, wymiotów, zawrotów, potęgujących się przy ruchach, a mogących trwać i do 2 tygodni. Szczególnie łatwo występuje to powikłanie u osób nerwowych, histerycznych, cierpiących na padaczkę lub nerwicę urazową. W przypadkach krwotoków lub ograniczonych spraw śródczaszkowych najlepiej wcale nie próbować nakłucia lędźwiowego, bo wywołane przez to zmniejszenie parcia daje powód tylko do ponowienia się krwotoku, lub — przy niedrożności w zakresie otworu potylicznego, do wgniecenia móżdżku ku temu otworowi i porażenia ośrodka oddechowego. Jaknajwiększa ostrożność jest wskazana również w przypadkach mocznicy, miażdżycy tętnic, ale także i przy ropnem zapaleniu opon; należy w tych razach zawsze ściśle kontrolować parcie płynu wypuszczanego. Aspiracyi płynu nie powinno się wykonywać, jak również nakłucia u chorych przychodnich (ambulatoryjnie). S. zestawia z piśmiennictwa 71 przypadków śmierci, wywołanej wprost przez nakłucie lędźwiowe. r.

Moniuszko: **Nowy sposób usypiania zapomocą lawatywy z eteru.** (Medycyna i Kron. lek. 1915. 13—14). Ze względu na przypadki operacyi w jamie ustnej i w drogach oddechowych, przyczem albo nie można, albo trudno stosować wdychanie środków usypiających, jakoteż ze względu na przypadki, w których można się po uśpieniu eterowem (przez wdychanie) obawiać powikłań oskrzelowych lub płucnych, opracował M. i wypróbował w 191 przypadkach metodę eteryzacyi przez odbytnicę. W tym celu stosuje się lawatywę z mieszaniny 1:3 oliwy z eterem w ilości 260—280 cm sz. dla dorosłego. Mniejsze dawki nie wywołują uśpienia, a średnie (180—200) często zawodzą. Lawatywa wywołuje kilkosekundowe pieczenie i wrażenie potrzeby oddania stolca; dlatego zaleca M. naprzód wprowadzić do odbytnicy 60—80 cm, silnie zacisnąć odbyt, aby płyn nie został wyparty, — a gdy minie pieczenie, w 1—2 minut potem, wlać resztę eteru. Korzystne jest wstrzyknięcie uprzednie 0·01 morfiny (zapobiega podnieceniu u alkoholików). Sen następuje średnio w 30 minut po lawatywie, trwa 3—3 godzin, można go jednak skrócić (po ukończeniu małych operacyi), usuwając resztę eteru z odbytnicy. Prócz wymiotów po operacyi (w 5—7% przypadków) nie było po uśpieniu eterem tą drogą żadnych niemiłych skutków ubocznych. r.

Trebing: **Uśpienie weranacetin-eterowe.** (Ther. Monatsh. 1916, 5). Kombinacya uśpienia eterowego z podawaniem weranacetyny posiada zdaniem Tr. wiele zalet. Mianowicie po podaniu weranacetyny ($1^1/_2$ godz. przed uśpieniem eterowem 4—5 tabletek po 0·3 rozpuszczonych w gorącej wodzie) nie występuje przy usypianiu podrażnienie, do uśpienia zużywa się mniej eteru, w czasie uśpienia nie bywa wcale wymiotów silnych, ani męczących. r.

Schäfer: **Powrotne przetaczanie krwi własnej chorego po wielkich krwotokach do dużych jam ciała.** (Zentr. f. Chir. 1916, 21). W przypadku pęknięcia ciąży jajowodowej z wielkim krwotokiem zdołał S. chorą uratować przez to, że wyciąwszy szybko pęknięty jajowód, zebrał jałowo około 200 cm sz. krwi z jamy brzusznej, a przecedziwszy ją, wstrzyknął do żyły ramieniowej, poczem dodał litr fizyologicznego rozczynu soli. Nie było po tem przetoczeniu krwi ani dreszczów, ani hemoglobinuryi, a chora uderzająco szybko przyszła do siebie. S. sądzi, że do takiego zabiegu można bez niebezpieczeństwa użyć zwykłej dużej strzykawki. r.

Prof. Hering: **Śmierć nagła w uśpieniu chloroformowem.** (Münch. m. W. 1916, 15). Koty i psy giną z początkiem uśpienia chloroformowego tem łatwiej nagle, im więcej były podniecone. Ta śmierć nagła zależy najczęściej od trzepotania komór serca (Herzkammerflimmern), to jest stanu nadmiernego podrażnienia komór sercowych. Prawdopodobnie w ten sam sposób następuje śmierć u tych ludzi, u których na początku uśpienia czynność serca nagle ustaje, i to wcześniej od oddychania. Ponieważ i u człowieka odgrywać tu musi rolę podniecenie, przeto należy je ze względu na usypianie uwzględniać jeszcze więcej, niż dotychczas. Skurcze dodatkowe (extrasystole) należą do tej samej kategoryi zjawisk, co trzepotanie (komorowe) i mogą w nie przechodzić, jak tego dowodzą doświadczenia na zwierzętach. Z tego wynika wskazówka, żeby nie stosować uśpienia chloroformowego, jeżeli stwierdzono skurcze dodatkowe, choćby tylko sporadyczne. Posiadamy środki wykrycia, czy u człowieka nie istnieje utajona skłonność do skurczów dodatkowych (wstrzyknięcie adrenaliny); badając więc stan serca przed operacyą, należałoby użyć tych środków, jeżeli nie istnieją już inne przeciwwskazania chloroformu. r.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

I. Posiedzenie naukowe z dnia 14. I. 1920 r.

Przewodniczący kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 62 członków.

I. Przewodniczący dziękuje b. prezesowi Towarzystwa Dr Damskiemu za wydatną pracę około rozwoju Towarzystwa w najcięższych czasach jego istnienia.

II. Kol. Szczepan Mikołajski, dyrektor okręg. Urzędu zdrowia we Lwowie: **Epidemia duru plamistego w Małopolsce 1919 r.** Prelegent omawia szeroko pochód epidemii duru plamistego w Małopolsce; wytyka braki środków koniecznych do jej zwalczania, jak niedostateczną ilość dezynfektorów, nędzne pomieszczenia mieszkańców zniszczonych okolic, złe uposażenie lekarzy powiatowych; nie wypełnianie przepisów sanitarnych, zwłaszcza na kolejach, przyczynia się w wysokim stopniu do rozszerzania epidemii. Wschodnia Małopolska choruje prawie cała — są wsie, gdzie niema domu wolnego od zarazy. Śmier-

telność zmalała nieco, lecz jest jeszcze olbrzymia. Jednym z głównych rozsadników choroby są baraki dla internowanych i jeńców, gdzie stosunki są tak złe, że trudno je opisać. W końcu przedstawia prelegent rezolucyę, wzywającą rząd do natychmiastowej wybitnej pomocy w walce z chorobami zakaźnemi, a przedewszystkiem z durem plamistym. Rezolucyę tę przyjęło Towarzystwo lekarzy lwowskich i wysłało w tej sprawie delegacyę do Warszawy.

Dyskusya. Kol. prof. Nowak przyłącza się do wniosku prelegenta, lecz radzi wysłać rezolucyę krótszą. — Bujwid jest za przyjęciem całego wniosku, należałoby jednak nie zapomnieć o wprowadzeniu środków zaradczych przeciw ewentualnej epidemii dżumy i cholery. — Kol. Momidłowski zwraca uwagę na brak łączności między władzami cywilnemi i wojskowemi przy tłumieniu zarazy. — Kol. Masny odpiera zarzut kol. Momidłowskiego.

Rezolucyę przyjęto.

III. Na członków Towarzystwa zgłosili się kol. Rec, Biberstein, Oszacki i Swierz.

II. Posiedzenie naukowe z dnia 21. I. 1920 r.

Przewodniczy kol. prof. Rosner, protokołuje kol. Szymanowicz. Obecnych 108 członków.

I. Kol. Aleksander Oszacki: **O sposobach czynnościowego badania układu krążenia.** Prelegent wychodzi z założenia, że podstawowem kryteryum metod czynnościowych nie jest samo oznaczenie efektywnej pracy, wykonanej przez pewien układ czynnościowy, ale stosunek energii potencyalnej, wyprodukowanej przez źródła siły tego układu, do efektywnie przez układ wykonanej pracy, a dalej stosunek ten energii potencyalnej do wielkości zapasów energetycznych przechowywanych w tkankach, będących źródłem siły. Jeżeli takie kryterium nazwiemy sprawnością układu, to można je wyrazić przez następujący symbol matematyczny:

$S = F\left(\frac{E}{P}, \frac{Z}{P}\right)$ gdzie S oznacza sprawność, E pracę efektywną, t. zn. taką, która się wyraża w czynności dla badanego układu właściwej, $P =$ ilość energii potencyalnej, $Z =$ wielkość utajonych zapasów energietycznych. Tak więc sprawność jest funkcyą dwu zależnych, między któremi położony przecinek wyraża, że równanie nie określa, jakie działanie matematyczne ma być między temi dwiema zależnemi wykonane dla otrzymania wartości S.

W odniesieniu do układu krążenia wyrazem pracy efektywnej, będzie wyrzutność prądowa (Wpr.). Zasadą domogi układu jest, że Wpr. jest w tej samej jednostce czasu w każdym przekroju krążenia takie same, a więc Wpr = Wm, gdzie Wm oznacza wyrzutność minutową serca, a więc Wm = Ws. p, gdzie p oznacza ilość tętna na minutę. O stosunku $\frac{E}{P}$ będzie rozstrzygać dobra organizacya czyli zborność układu; polega ona na takiem ustosunkowaniu natężenia siły popędowej do oporów krążenia, aby straty energii były jak najmniejsze. Będzie to zależało od współdziałania elementów elastycznych, (nie są one źródłem siły popędowej, ale rozkładają w czasie i nadają kierunek sile, wyprodukowanej przez tkankę mięsną), od elementów nerwowych, które nastawiają wielkość świateł naczyń, przez to regulują opory, a także przez działanie inotropiczne regulują wielkość wysiłku tkanki mięsnej serca, a może i naczyń, a dalej od procesów chemicznych w tkankach ukrwionych przez układ krążenia. Te ostatnie wyrażają się w stosunku $\frac{C_h}{C_2}$ t. zn. w stosunku koncentracyi jonów wodorowych, jako wyrazu nagromadzenia produktów pracy do ilości tlenu, jaką krew musi doprowadzić, aby zapotrzebowanie tkanki (n. p. mięśni kośćcowych) w czasie pracy było pokryte.

Dla oceny sprawności układu krążenia poddawał prelegent badanych żołnierzy pracy na ergostacie tak, że wykonywali oznaczoną ilość klgm w jednostce czasu. Wiedząc według oznaczeń szkody Zuntza, że jeden kilogramometr potrzebuje 1·3 cm^3 tlenu doprowadzonego przez krew do mięśni, możemy, znając spółczynnik absorbcyi tlenu dla krwi (ilość Hb!) określić Wm a stąd Ws. Praca układu krążenia potrzebna dla nadania krwi takiej Wm składa się z pracy serca (Ls)

$$Ls = Wm.\ h.\ 13{\cdot}98 + \left(\frac{Wm}{6}\right)^2, \frac{Wm.\ S}{g.\ 13^2}$$

i z pracy krążenia pozasercowego (Lo).

Wzór Ls daje nam tylko wartość pracy efektywnej — jeżeli jednak uwzględnimy stosunek Ws:p, to według dyagramu pracy serca podanego przez Strauba nakład ilości energii potencyalnej jest tem większy, im większe Ws (przy tych samych oporach w tętnicach), i to pierwszy wzrasta zawsze prędzej, niż drugi w stosunku 5:4. Stąd wynika, że nadmierne przyspieszenia tętna w czasie pracy zwiększają wartość $\frac{E}{P}$ przy tej samej Wm. Ale z prac Tigerstädta i Moritza wiemy, że nadmierne przyspieszenia tętna przez skrócenie czasu rozkurczu, a więc i czasu wypoczynku, doprowadzają do szybkiego wyczerpania sił serca, a więc zmniejszają wartość $\frac{Z}{P}$. To byłby pierwszy wskaźnik czynnościowy sprawności układu krążenia.

Jak w mięśniach kośćcowych, tak i w sercowym stosunek energii potencyalnej do efektu materyalnego zależy — przy tem samem obciążeniu początkowem — od wielkości ciśnienia przetrzymującego (Überlastungsdruck); znaczy to, że im ciśnienie w tętnicach większe, tem nakład energii potencyalnej przy tej samej Ws większy. A zatem wielkość ciśnienia w tętnicach w czasie pracy wskazywałaby na zmniejszanie się wartości wyrazu $\frac{E}{P}$. Jest to drugi wskaźnik czynnościowy zależny od ustosunkowania pracy serca do pracy krążenia pozasercowego, jeżeli przyjmiemy za Hürtlem i Frankiem stale rytmicznie i synchronicznie z sercem działające źródła siły popędowej krążenia w ścianach naczyń. Według Hasebroecka zwiększanie się ciśnienia w tętnicach wielkich jest wyrazem zmniejszonej zdolności popędowej układu pozasercowego.

Trzeci wskaźnik, to zachowanie się wielkości serca w czasie pracy. Zależy ona od wielkości wypełnienia (obciążenia) początkowego i od wielkości pozostałości poskurczowej. Stosunek jednej do drugiej wyraża się spółczynnikiem dynamicznym, inaczej mówiąc jest to stosunek między maximum izomerycznem, względnie izotonicznem (to zależy od wielkości ciśnienia przetrzymującego), jakie mięsień sercowy jest w stanie wytworzyć w odpowiedzi na pewne obciążenie początkowe.

Prelegent wykazuje na własnych ortodiagramach, że przy pracy około 700 klgm. na minutę, a nie przekraczających 12000 klgm. w układzie krążenia prawidłowym, nie przychodzi do powiększenia się serca, mimo, że z obliczenia wynika, że Ws musi być większe aniżeli w spoczynku. Dowodzi to, że serce dzięki odpowiedniemu spółczynnikowi dynamicznemu jest w stanie zwiększyć swoje Ws mimo nie zwiększonego obciążenia początkowego. Z chwilą powiększania ilości klgm. wielkość serca zachowuje się zależnie od zwiększania się wypełniania początkowego. Jak długo spółczynnik dynamiczny utrzymuje się na poprzedniej wysokości, serce powiększa się tylko w okresie wypełnienia początkowego. Z chwilą gdy spółczynnik dynamiczny zaczyna maleć, serce mimo zwiększenie wypełnienia początkowego nie jest w stanie o tyle zwiększyć swej Ws, aby pozostałość poskurczowa pozostała na poprzedniej wysokości: serce powiększa się we wszystkich fazach ewolucyi sercowej.

Prelegent wykazuje na przykładach, że takie zachowanie się serca zależy wprawdzie w znacznej części od anatomicznych schorzeń serca, ale także od wielkości pracy mięśniowej. Jest więc wskaźnikiem wartości czynnościowej mięśnia sercowego bez względu na stan anatomopatologiczny mięśnia, t. zn. bez względu na to, czy możemy przy klinicznem badaniu określić jakość i wielkość zmian anatomicznych mięśnia. Sposoby badania czynnościowego dają nam możność oceny wartości czynnościowej mięśnia sercowego. Spółczynnik dynamiczny zależy od wielkości zapasów energetycznych mięśnia — jego zachowanie się zatem jest wskaźnikiem sprawności czynnościowej, ponieważ wyraża stosunek $\frac{Z}{P}$.

Ponieważ podane trzy wskaźniki odpowiadają stosunkom $\frac{E}{P}$ i $\frac{Z}{P}$, które podał prelegent jako zależne określające funkcyę sprawności, przeto sądzi, że bez względu na dokładność ilościowych oznaczeń, z jakościowego zachowania się tych trzech wskaźników można oznaczyć sprawność czynnościową układu krążenia.

Wiadomości bieżące.

Francusko-polski Komitet lekarski celem zbliżenia wzajemnego przedstawicieli medycyny obydwu państw i nawiązania stosunków naukowych powstał w lutym w Paryżu z inicyatywy prof. Letulle, a pod przewodnictwem dziekana Wydziału lekarskiego prof. Rogera. Wiceprezesami są Dr Babiński i Dr Danysz, sekretarzem Dr Hufnagel (Polak), skarbnikiem H. Godlewski. Takiżsam komitet, zawiązany w Warszawie za staraniem

pułk. Dr Gautiera i Dr Hufnagla, wybrał przewodniczącym dziekana Wydziału lek. warsz., prof. Mazurkiewicza. Komitet taki dla Małopolski, zawiązany w Krakowie, wybrał przewodniczącym Dr Al. Oszackiego, sekretarzem Dr K. Morawskiego. Członek komitetu paryskiego, wydawca Masson, zawiadomił, że wydawnictwa swe odstępować będzie po cenie nominalnej, licząc markę za franka. Wśród wydawnictw tych znajdują się prawie wszystkie najpoważniejsze pisma archiwalne, biuletyny tygodniowe Towarzystw lekarskich paryskich, oraz »Presse médicale«, wychodząca dwa razy na tydzień. (Ceny przedpłaty przeważnie 30—50 fr. rocznie). W Nr 9. paryskiej »Presse médicale« z 31. I. b. r. ukazał się na naczelnem miejscu artykuł p. t.: »La médecine en Pologne«, w którym autor, wyliczając uniwersytety polskie, wskazuje na wysiłki świata lekarskiego polskiego, zmierzające do rozwoju organizacyi naukowych. Dalej zwraca uwagę na trudności, z jakiemi walczyła wiedza polska w czasie zaborów, mówi o systemie studyów lekarskich i podnosi z uznaniem pracę towarzystw i wydawnictw lekarskich polskich. W końcu zajmuje się wpływami niemieckimi, które dotąd dominowały w nauce polskiej i zaznacza, że obecnie lekarze polscy zwracają się ku swej sojuszniczce Francyi, z którą chcą nawiązać węzły duchowe, a w tym celu zawiązały się w Paryżu i w Polsce komitety lekarskie franko-polskie.

Ogólno-państwowy Związek lekarzy wybrał na Walnem Zgromadzeniu delegatów w Warszawie następujący główny Zarząd: Kamocki, Mutermilch, St. Horodyński, Orzeł, Osiński, Gromski, Śmiechowski, Szmurło. Z prowincyi: Brejski (Pelplin), Bartkiewicz (Sosnowiec), Chęciński (Łuków), Hubert (Nowo-Mińsk), Karwowski (Poznań), Kolberger (Lwów), Kukliński (Gniezno), Jagielski (Poznań), Nowakowski (Poznań), Nowicki (Lwów), Papée (Lwów), Rogoziński (Lublin), Jaszczołt (Piaseczno), Szteinborn (Toruń), Świderski (Leszno), Szulc (Poznań), Twósz (Szmigiel), Wielobycki (Łowicz), Wrześniowski (Częstochowa), Troczewski (Kutno). W tej liście, podanej w dziennikach, niema nikogo z zachodniej Małopolski.

Związek polskich Towarzystw naukowych powstał we Lwowie; obejmuje on 15 zrzeszeń. Do Zarządu Związku wybrano m. i. prezesa Tow. lekarskiego, prof. Dr Nowickiego.

Biuletyn Ministerstwa zdrowia publicznego rozpoczął trzeci rok wydawnictwa zeszytem, wydanym w marcu r. b. po dłuższej przerwie. Redakcya Biuletynu jest coraz staranniejszą. Byłoby pożądane częstsze wychodzenie Biuletynu w regularnych odstępach.

Ankieta w sprawie projektu ustawy szpitalnej, zarządzona przez Ministerstwo zdrowia, odbyła się pod przewodnictwem min. Dr Chodźki w Warszawie w d. 7. i 8. III; na ankietę przybyli wezwani przedstawiciele szpitalnictwa ze wszystkich dzielnic (z Małopolski 9).

Dyety lekarzy epidemicznych w Małopolsce miały wynosić dla lekarzy prywatnych 50 kor. dziennie w miejscu siedziby; dla lekarzy gminnych i okręgowych 60 kor. poza miejscem siedziby (w miejscu siedziby żadne dyety się nie należą); dla medyków 36 kor. za dnie wyjazdu; nadto kilometrowe, ewentualnie zwrot rzeczywistych kosztów furmanki. (Rozp. Okr. Urz. Zdr. L. 4196 z 26. II. 1920). Dowiadujemy się jednak, że normy te będą podwyższone.

Donoszenie o przypadkach grypy zarządziło Ministerstwo zdrowia rozporządzeniem z d. 19. II. 1920 na zasadzie ustawy o walce z epidemiami.

Zjazd lekarzy urzędów sanitarno-obyczajowych zwołało Ministerstwo zdrowia na 28. III. b. r.

Szwedzki Czerwony Krzyż wysłał do Polski misyę sanitarną w postaci szpitala ruchomego o 100 łóżkach z 3 lekarzami i 17 pielęgniarkami celem udziału w zwalczaniu duru plamistego. Szpital ten skierowano do Wilna.

Czasopisma lekarskie w Polsce. »Tygodnik lekarski lwowski« wznowił swe wydawnictwo i będzie wychodzić raz na miesiąc naprzemian z naszem pismem, również raz na miesiąc wychodzącem. Członkowie Małopolskich Towarzystw lekarskich będą otrzymywać oba pisma, jako wspólne organa. Dla pokrycia kosztów wydawnictw podniosły wszystkie te Towarzystwa bardzo znacznie wkładki członków, do 150 kor. i wyżej rocznie.

W Warszawie wychodzi od Nowego Roku »Lekarz wojskowy, tygodnik poświęcony medycynie wojskowej i ogólnej«, wydawany przez Wojskową Radę sanitarną, a redagowany przez Dr J. Koelichena. Do Komitetu redakcyjnego należą prof. Z. Dmochowski, L. Karwacki, Z. Radliński, Z. Szymanowski, Z. Raźniewski, F. Różycki i R. Stankiewicz. Dotąd wyszło 9 zeszytów. Przedpłata dla wojskowych rocznie 26, dla cywilnych rocznie 126 marek.

We Lwowie począł od stycznia 1920 wychodzić miesięcznik »Likarskij Wistnyk«, jako organ Ukraińskiego Towarzystwa lekarskiego, redagowany przez Dr Pańczyszyna, Wereszczyńskiego, Drzymalika i Kurowca. W pierwszym zeszycie znajduje się m. i. artykuł o polskiem Ministerstwie zdrowia.

Państwowy Instytut dentystyczny miał być w Warszawie otwarty 1. marca b. r. Studya będą czteroletnie, po ukończeniu dając prawo do dyplomu lekarza-dentysty. Ma być także wprowadzony »doktorat nauk dentystycznych«.

Konsulentem-chirurgiem W. P. mianowany został prof. Dr Rutkowski w randze generała-podporucznika.

Choroby zakaźne. Łódź: 1. I. do 13. III. 1920: Dur plamisty zachor. 238, † (zmarło) 33, dur brzuszny 151 † 10, dur powrotny 18 † 1, czerwonka 7 † 3, płonica 105 † 20, błonica 28 † 9, odra 12 † 2, gruźlica † 382. — Kraków: 1. I. do 6. III. 1920 (bez wojska): Dur plamisty 477 † 71, brzuszny 19 † 6, powrotny 20, czerwonka 2 † 3, płonica 23 † 2, błonica 26 † 4, zapalenie opon 4 † 2, grypa † 97.

Zmarli: Dr Adolf Dietzius, bardzo zasłużony burmistrz m. Jarosławia, założyciel tamtejszego szpitala, licznych szkół, parku miejskiego, całego szeregu instytucyi humanitarnych, w Jarosławiu. Dr Ludwik Anders, prezes Polskiego Towarzystwa pedyatrycznego, redaktor Przeglądu pedyatrycznego, kierownik Domu wychowawczego w Warszawie. Dr Bronisław Malewski, b. lekarz generał-podpor. i b. lekarz naczelny W. P., poseł na Sejm ustaw. w Warszawie. Dr Juliusz Bandrowski, lekarz i publicysta, zasłużony na polu zdrojownictwa, w Zakliczynie pod Tarnowem. Dr Zygmunt Wachtel, asystent kliniki lekarskiej w Krakowie. Dr Wiktor Łodziński, lek. okr., b. członek Zarządu Izby lek., wiceprezes Rady pow. w Myślenicach. Dr W. Dunin-Wąsowicz w Sieradzu, b. naczelny lekarz szpit Anny Maryi w Łodzi. Dr Zygmunt Barącz, porucznik lekarz W. P., zmarł 29. XII. 1919 w 33 r. ż. na froncie białoruskim w Osipowicach pod Bobrujskiem na zapalenie płuc. Ogłosił pracę z instytutu fizyologicznego prof. Exnera w Wiedniu p. t. »Versuch über den sogenannten Metakontrast« (Archiv f. d. ges. Phys. Bd. 140, 1911) i napisał kilka prac doświadczalnych z zakresu farmakologii.

Jako ofiary walki z durem plamistym: lek. W. P. major Stoklesa w Stanisławowie, L. Peczenik w Stryju, J. M. Zbrowski w Wilnie, M. Sieniewicz w Krakowcu, dermatolog W. Wesołowski w Warszawie, lek. por. Z. Barącz na froncie, S. Kozłowski w Ojcowie, lek. kap. A. Tykociner w Trembowli, A. Wątorek, pisarz-popularyzator we Lwowie, N. Neufeldówna w Częstochowie, F. Strasser, sekundaryusz szpitala w Rzeszowie, st. lekarz powiatowy T. Bąkowski w Wadowicach, lek. maj. docent Uniw. kijowskiego S. Nowaczek, F. Pawlicki w Łucku, lek. kap. b. st. ordynator szpitali warszawskich M. Zapasiewicz w Warszawie, J. Kosterkiewicz w Dolinie, pedyatra W. Filipkiewicz w Krakowie, J. K. Bober w Chodorowie, dyrektor szpitala M. Sołtysik w Stryju, lekarz-major Zdzisław Tomaszewski, docent medyc. wewn. we Lwowie, lek. por. Morek, K. Więckowski lek. W. P. w Zwańczyku, L. Śnieżek z Rudek we Lwowie.

Z korpusu lekarskiego W. P. od grudnia 1919 do marca 1920 zmarli przeważnie z duru plamistego lub polegli następujący lekarze i słuchacze medycyny: Pyszkowski, Obfidowicz, Jakubowski Ant., Wątorek, Pronaszko, Blücher, Bajdak, Micewicz, Taubman, Kirjasefer, Grynfeld, Borkowski St., Januszewski, Horczak, Barącz Z., Zbrowski, Kerbholzówna, Zandsznejder, Treściński, Szrejber, Riedel, Tykociner, Paszkowski-Zadora, Stoklasa, Pawlicki, Zapasiewicz, Goldberger, Nowaczek, Appel, Furk, Postrygarz. (Lek. wojsk. 8).

Nadesłano do Redakcyi: Noiszewski: Podręcznik do badania ostrości wzroku. Warszawa. Stron 35. — Cieszyński: I. Die Kontur des Unterkiefers im Röntgenogramm. II. Revision der röntg. Befunde Hauptmeyers. (Wiener Vierteli. f. Zahnheilk. 1919. Z. 3). — Lewkowicz: Le traitement spécifique de la méningite épidémique. (Odb. Arch. de méd. des enf. 1919). — Bałłaban: Wskazówki do rozpoznawania i leczenia najważniejszych chorób ocznych. Warszawa 1919. — Jaroszyński: Metody badań psychologicznych w szkole. Warszawa 1920. — Jaworski J. Spisz i Orawa, jako lecznicze stacye polskie. Warszawa 1920. (Wyd. Minist. zdrowia publ.). — Brenneisen: Higiena zębów i jamy ustnej. Wyd. II. Warszawa 1919. (Wyd. Minist. zdr. p.).— S. Karp-Rottermund: Budżet Ministerstwa zdrowia publ., według zgłoszonego Sejmowi sprawozdania. Warszawa 1920. — J. Jaworski: 1) Krynica. 2) Zakopane. (Wyd. Min. zdrowia). Warszawa 1920.

Odpowiedzialny redaktor:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

MAGISTRAT
król. wolnego miasta
Przemyśla

Przemyśl dnia 20 lutego 1920

L.: 2992/20

KONKURS.

Magistrat miasta Przemyśla rozpisuje konkurs na posady dwóch lekarzy miejskich, jednego z poborami VIII a drugiego IX klasy rangi urzędników państwowych z prawem do awansu i emerytury.

Ubiegający się o powyższe posady winni wykazać:

1. obywatelstwo polskie
2. dyplom doktora medycyny upoważniający do wykonywania praktyki lekarskiej,
3. dotychczasową praktykę w zawodzie lekarskim i ewentualną specyalizacyę,
4. nieskazitelność charakteru,
5. nieprzekroczony 40 rok życia.

Ubiegający się o posadę lekarza VII klasy rangi winni ponadto wykazać się egzaminem fizykackim z posadą zaś lekarza miejskiego IX klasy rangi połączony będzie obowiązek zamieszkania w dzielnicy Zasanie.

Podania należycie udokumentowane wnosić należy do Prezydyum Magistratu w terminie do 20 marca 1920.

Burmistrz

Kostrzewski.

242

MINISTERSTWO
ZDROWIA PUBLICZNEGO

Warszawa, d. 3. marca 1920 r.

Nr III. 8391/1917 20.

OGŁOSZENIE KONKURSU.

Ministerstwo Zdrowia Publicznego rozpisuje niniejszem konkurs na posadą prymarjusza oddziału chorób wewnętrznych w szpitalu Powszechnym w Przemyślu (Małopolska).

Kandydaci powinni najpóźniej do 15. kwietnia 1920 roku wnieść podania do Ministerstwa Zdrowia Publicznego z dołączeniem:

1) Metryki urodzenia.

2) Dowodu obywatelstwa polskiego

3) Dyplomu lekarskiego, uzyskanego na jednej z wszechnic upoważniającego do wykonywania praktyki lekarskiej w Państwie Polskiem.

4) Opisu przebiegu życia wraz z wykazem prac naukowych.

Do posady tej jest przywiązana: płaca roczna 1.600 koron, tudzież trzy pięcioletnie dodatki w wysokości 15% płacy, ponadto dodatki wojenno-drożyźniane, przyznane lekarzom szpitalnym przez b. galicyjski Wydział krajowy i Ministerstwo Zdrowia Publicznego.

Stabilizacya na tej posadzie może nastąpić po roku gorliwej i użytecznej służby. 244

SEJMIK POWIATOWY
Powiatu Olkuskiego

Olkusz, dn. 9 lutego 1920 r.

Nr. 106

Sejmik Powiatowy w Olkuszu ogłasza konkurs na stanowisko lekarza rejonowego gminnego z siedzibą w Sułoszowie odległej od miasta powiatowego i stacji kolejowej o 10 klm. Zasiłek od gminy i Sejmiku w łącznej kwocie 20.000 mk. rocznie. Okolica zamożna. Kandydaci winni się zgłaszać dla bliższego omówienia warunków pod adresem Wydziału Powiatowego Sejmiku Olkuskiego, podając opis swej dotychczasowej praktyki. 241

Treść:

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego